



AHLAFORS FRIA SKOLA

ANMÄLAN AV NY ELEV

Barnets namn _____

Adress _____

Postnr _____ Ort _____

Personnummer _____

Vårdnadshavare _____

Vårdnadshavare _____

Telefon _____ E-post _____

Syskon som redan går på skolan:

Namn _____ Årskurs _____

Skolår barn skall börja i:

- | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> förskoleklass | <input type="checkbox"/> så2 | <input type="checkbox"/> så4 | <input type="checkbox"/> så6 | <input type="checkbox"/> så8 |
| <input type="checkbox"/> så1 | <input type="checkbox"/> så3 | <input type="checkbox"/> så5 | <input type="checkbox"/> så7 | <input type="checkbox"/> så9 |

Önskar plats på fritids (6-9 år): JA NEJ

Önskar plats i skolklubben (10-12 år): JA NEJ

Profilval SKAPANDE IDROTT

Övrig information som är viktig för oss att ta del av, bör ske genom att kontakta oss.

Vårdnadshavarens underskrift

Vårdnadshavarens underskrift

Anmälan skickar du till: Ahlafors Fria Skola, Box 3006, 449 14 Alafors